

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 19 Janvier 1899, à 1 heure

PAR

Charles MOUILLE

Né à Genève, le 12 Juin 1872

Ancien externe des hôpitaux

DES KYSTES HYDATIQUES

RÉTRO-VÉSICAUX

CHEZ L'HOMME

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. PANAS, professeur.

POIRIER et ALBARRAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 19 Janvier 1899, à 1 heure

PAR

Charles MOUILLE

Né à Genève, le 12 Juin 1872

Ancien externe des hôpitaux

DES KYSTES HYDATIQUES RÉTRO-VÉSICAUX CHEZ L'HOMME

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. PANAS, professeur.

POIRIER et ALBARRAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

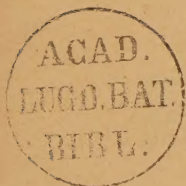
PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDE
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHEL.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		Mathias DUVAL
Matière médicale et Pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LABOULBENE.
		CHANTEMESSE
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-		FOURNIER.
dies de l'encéphale		RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques		BERGER.
Clinique des maladies nerveuses		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		TILLAX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchement		N.
		PINARD.
Agrégés en exercice :		
MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RETTERRER
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRE.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILES DE LA TOURETTE	trav anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Guyon

Professeur de clinique à la Faculté de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Membre de l'Institut

Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

L'étude des kystes hydatiques du cul de sac recto-vésical de l'homme n'ayant pas été jusqu'à ce jour, à notre connaissance du moins, l'objet d'une thèse, d'après les conseils de M. Legueu, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des Hôpitaux, nous nous sommes décidés à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons bien trouvé quelques ouvrages dans lesquels sous le titre de kystes hydatiques du petit bassin on trouve décrites les tumeurs à échinocoques de tous les organes de cette cavité, tant chez l'homme que chez la femme; mais comme nous croyons pouvoir faire un cadre à part des kystes hydatiques rétro-vésicaux de l'homme, tant au point de vue de la localisation initiale, de la plus ou moins grande facilité de leur diagnostic et de la bénignité relative de leur pronostic actuellement, nous avons entrepris cette étude.

La symptomatologie affectant une allure un peu spéciale permettra au praticien exercé d'en poser dans la plupart des cas le diagnostic et de le faire suivre d'une intervention qui avec les progrès de la chi-

rurgie actuelle sera des plus profitables au malade.

La rareté de cette affection n'est pas si grande qu'elle pourrait paraître au premier abord, car la localisation recto-vésicale de ces kystes vient après celles du tænia échinocoque dans le foie, le poumon et le cerveau.

Nous en ferons donc l'historique, l'étiologie, l'anatomie pathologique surtout au point de vue de la localisation que nous croyons initiale, nous passerons en revue les symptômes par lesquels cette affection se caractérise assez bien, puis nous en verrons la marche, le pronostic, le diagnostic ainsi que le traitement.

Avant d'aborder ce travail il nous est le devoir bien doux de remercier de cœur nos maîtres dans les hôpitaux et de les assurer de notre sincère reconnaissance.

Que Monsieur le Dr Troisier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin de l'hôpital Beaujon, reçoive le souvenir de nos meilleures années ainsi que l'expression de notre vive gratitude pour nous avoir formé dans la pratique médicale pendant le temps que nous avons passé dans son service comme élève et comme externe.

Monsieur le Dr Legueu, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux, daignera recevoir l'hommage de notre entier dévouement pour nous avoir indiqué ce sujet de thèse et fourni sa belle observation.

Nous adressons un hommage respectueux à la

mémoire du Dr de Saint-Germain, chirurgien des Enfants Malades, dont nous avons été l'externe.

Nous prions Monsieur le professeur Fournier ainsi que MM. les Drs Benj, Anger, Peyrot, Lejars, Launois, Widai de recevoir nos meilleurs remerciements pour leurs savantes leçons cliniques. Que Monsieur le Professeur Pinard, dans le service duquel nous avons étudié les accouchements reçoive l'expression de notre reconnaissance.

Nous sollicitons Monsieur le Professeur Guyon d'accepter avec nos remerciements le témoignage de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Historique

L'histoire des kystes hydatiques rétro-vésicaux de l'homme se confond en partie avec celle des kystes hydatiques du petit bassin, car ce n'est qu'à partir du Mémoire de Charcot (soc. biol. 1852, 1^e sér., t. IV) que l'on spécialise les régions et le siège anatomique primordial des tumeurs hydatiques trouvées dans le petit bassin ; toutefois en lisant les observations antérieures on peut, par un examen attentif ainsi que par les données scientifiques acquises depuis lors, se convaincre que les tumeurs hydatiques citées comme appartenant à un organe du petit bassin, ne sont en réalité que des kystes développés dans le tissu cellulaire sous péritonéal du cul de sac recto-vésical ; la cause de cette confusion était dans les adhérences souvent très intimes contractées avec les organes voisins.

A cet effet nous donnerons un résumé des observations de Morand, Lelouis, Hunter, Richter, Lesauvage et Brun (1).

Le Mémoire de Charcot ayant jeté un vif éclat

(1) Voir index bibliographique.

sur cette question, les observations se multiplièrent ; ainsi l'on trouve celles de Perrin, Pize, Budd, Flectes, Pauls, Dolbeau, Surgeon, Lunn, Baudet etc. ; cependant le diagnostic ainsi que le traitement n'avaient guère fait de progrès ; on en était encore à la ponction du kyste, ou à l'élargissement de l'ouverture spontanée d'un kyste suppuré ; les procédés antiseptiques étant inconnus, le résultat de ces interventions n'était que dans peu de cas favorable.

Il faut ainsi en arriver au Congrès de chirurgie de 1891 où pour la première fois M. Tuffier proposa comme méthode de traitement la laparotomie, en l'appuyant d'une observation d'un malade guéri complètement par cette intervention.

M. Walther dans le *Traité de Chirurgie*, article Bassin, reproduit les conclusions du mémoire de M. Tuffier.

Depuis cette date plusieurs opérations du même genre furent pratiquées et leur parfait résultat démontra l'excellence de la méthode.

Ainsi M. Villar au Congrès de chirurgie de 1893 avec observation à l'appui dit qu'il vaut mieux avoir recours à la marsupialisation de la poche kystique à cause des multiples adhérences contractées avec les organes voisins.

Les récentes communications de MM. Legueu et Heresco au Congrès d'Urologie de cette année complètent l'historique de cette question,

Etiologie. — Fréquence

La transmission du *tænia échinocoque* à l'homme se fait par les animaux domestiques et en particulier par le chien chez lequel ce cestoïde est très fréquent. Aussi le voit-on le plus souvent chez les Islandais qui font pour ainsi dire vie commune avec ces animaux ; on a noté aussi sa fréquence en Silésie et dans le Mecklembourg.

Cette transmission peut être directe, mais elle se fait dans la plupart des cas par les aliments et surtout par les boissons.

L'âge paraît avoir une certaine influence car on le remarque surtout chez les adultes, la majeure partie des observations ont trait à des hommes entre 20 et 40 ans — on l'a vu aussi, mais rarement, chez l'enfant.

Les kystes hydatiques rétro-vésicaux coïncident très souvent avec des tumeurs similaires des autres organes et en particulier avec des kystes hydatiques du foie.

Dans quelques observations on voit que le malade se plaint d'avoir subi un traumatisme dans la région, ce fait a été cité par M. Danlos.

Au point de vue de leur fréquence, les kystes hydatiques rétro-vésicaux viennent après ceux du foie, du poumon et du cerveau ; ils forment la majeure partie, pour ne pas dire la totalité des kystes hydatiques des parties molles du petit bassin chez l'homme. Il est de fait que les kystes hydatiques de la vessie cités chez l'homme par Legrand dans sa thèse, se réduisent après minutieuse observation à des kystes hydatiques rétro-vésicaux ayant contracté de solides adhérences avec cet organe.

Il est bien certain que nous ne voulons point dénier le droit à un kyste hydatique de se loger dans une autre région du petit bassin, ainsi Planty-Mansion, dans sa thèse inaugurale de 1878, et M. Tillaux (Soc. Chir. 1883) rapportent chacun un kyste hydatique de la prostate, mais ces faits sont d'une rareté exceptionnelle.

M. Bouilly, dans sa thèse d'agrégation, fait remarquer la rareté extrême des kystes hydatiques de la région antérieure de la vessie et leur fréquence relative entre la partie postérieure de cet organe et le rectum.

M. Tuffier, dans sa communication au Congrès de 1891, parle de 79 cas de kystes hydatiques rétro-vésicaux, à cette somme doit s'ajouter plusieurs observations nouvelles et complètes recueillies depuis lors.

Anatomie Pathologique. — Pathogénie.

Dans le chapitre précédent nous avons insisté sur l'ordre fréquence des kystes rétro-vésicaux par rapport aux kystes hydatiques siégeant dans d'autres organes, mais nous devons considérer le fait que les kystes hydatiques rétro-vésicaux coïncident fréquemment avec des kystes similaires d'autres régions de l'organisme, ainsi que l'on pourra s'en convaincre par la lecture des observations.

Nous ne ferons pas de classification en kystes hydatiques rétro-vésicaux primitifs et secondaires, car nous ne devons avoir en vue que les troubles que peuvent provoquer ces tumeurs ainsi que le traitement dont elles sont susceptibles sans pour cela nous inquiéter si il s'en trouve de pareilles ailleurs ou si elles sont seules derrière la vessie.

Le volume de ces tumeurs est variable, celles dont nous aurons le plus à nous occuper atteignent des proportions notables, car au point de vue opératoire les petits kystes rétro-vésicaux ne provoquent pas de troubles et sont souvent des trouvailles d'autopsie ; — en général ces poches kystiques peuvent avoir des dimensions considérables et on en a vu qui remontaient jusqu'au dessus de l'ombilic.

Leur forme est le plus souvent hémisphérique, arrondie, elles sont lisses et quand parfois le kyste est multiple on peut avoir la sensation d'une tumeur mamelonnée.

Leur contenu ainsi que leur enveloppe ne diffère en rien des kystes hydatiques des autres régions et il n'est point nécessaire d'en faire ici la description.

Nous rappelons seulement que la membrane d'enveloppe est constituée par du tissu fibreux dense et que Charcot a vu dans un cas, chez une femme, le kyste recevoir de nombreux vaisseaux émanés de l'artère utérine et de l'hémorroïdale moyenne.

Le kyste contracte des adhérences toujours assez intimes avec les organes voisins et les comprime ; le rectum par suite de la compression qu'il subit est le siège d'un développement exagéré de fibres musculaires, cela pour pouvoir lutter contre l'obstacle qu'il y a au cours des matières fécales ; il en est de même de la vessie dont les fibres musculaires s'hypertrophient au niveau du col.

Un fait cité par Lavigne Ste Suzanne mérite de retenir un peu notre attention : c'est que d'après cet auteur les kystes hydatiques du petit bassin contiendraient plus souvent des vésicules filles que les kystes hydatiques siégeant dans d'autres organes ; n'ayant pas étudié ce point nous n'avons pu le contrôler.

Nous nous occuperons maintenant avec un peu plus de détails du siège anatomique initial de ces

tumeurs ainsi que de la façon dont les embryons du tænia pénètrent dans cette région.

Charcot, dans son Mémoire, nous dit : c'est dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin que, suivant nous, les kystes hydatiques de la région pelvienne prennent le plus souvent naissance ; chez l'homme, ils n'ont pas d'autre siège primitif ; le plus généralement alors c'est entre le rectum et le col de la vessie qu'ils se développent en les refoulant chacun de leur côté ; ils peuvent cependant se développer entre le péritoine et la face postéro-supérieure de la vessie.

C'est cette opinion que nous voulons appuyer en nous basant sur les auteurs ainsi que sur les faits constatés sur le cadavre ; de plus le mode de pénétration de l'embryon dans cette région, mode que nous croyons le plus fréquent et le plus direct, nous conduira à affermir notre idée sur ce siège primitif.

Ainsi nous voyons Dolbeau (Gaz. Hôp. 15 juillet 1867) qui s'appuie sur une observation, dire : « Chez l'homme, ces tumeurs se développent entre le rectum et la vessie ; chez la femme, on les trouve entre le rectum et la paroi correspondante du vagin ; c'est toujours la cloissn recto-vaginale ou recto-vésicale qui est le siège de ces singulières tumeurs ».

Davaine, dans son Traité des Entozoaires : « les hydatides se développent dans d'autres organes ou autres régions de l'abdomen ; on les rencontre en un point quelconque de la grande cavité viscérale, non dans la cavité du péritoine, mais dans le tissu cellulaire extérieur à cette membrane ; elles naissent soit

à la face interne des parois du ventre, soit de la face externe de l'intestin, de la vessie ou de quelque autre organe, soit dans l'épaisseur du mésentère ou des épiploons : leur kyste est revêtu extérieurement par le péritoine qui leur forme une enveloppe plus ou moins complète ; il s'isole quelquefois de la paroi qui lui a donné naissance et n'est plus maintenu que par un mince pédicule ».

Un peu plus loin le même auteur continue : « les hydatides de la cavité pelvienne se développent ordinairement dans le tissu cellulaire extra-péritonéal qui revêt les organes contenus dans cette cavité ; chez l'homme, elles n'ont pas d'autre siège primitif.

Il dit encore que ces kystes peuvent se pédiculiser et, leur pédicule étant rompu, devenir libres dans la cavité abdominale, mais ce fait n'a pas été démontré.

M. Walther (Bull. Soc. Anat. 1880, p. 749) étudia un petit kyste hydatique de cette région à l'amphithéâtre de dissection et il arriva à la conclusion que le siège du kyste était au dessus de la prostate dans un dédoublement de l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers.

M. Tuffier est très explicite (Congrès de Chirurgie 1891). Il dit en effet :

Les kystes hydatiques du petit bassin chez l'homme se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et leur siège d'élection est le tissu cellulaire situé immédiatement en avant du rectum, en arrière de la vessie, au-dessus de la prostate, au-dessous du cul de sac péritonéal ; pour être plus précis, leur siège

d'élection est le tissu cellulaire situé entre les vésicules séminales et le rectum (aponévrose prostatopéritonéale.

M. Legueu dans son observation dit de même qu'il a constaté au cours de l'opération que la tumeur s'était toute entière développée en dehors du péritoine ; la paroi adhérait à la face extérieure de la séreuse et ainsi il a pu nettement établir la localisation de la tumeur dans le tissu cellulaire sous péritonéal qui sépare la vessie du rectum.

Le développement de ces tumeurs se fait très lentement en dissociant la séreuse au sommet de la vessie presque aux dépens de couches musculaires superficielles adhérentes des parois musculaires de la vessie ; le kyste en suivant cette voie s'accole intimement aux parois de la vessie, il dissocie la couche musculuse de la couche séreuse. C'est cette fusion intime qui a fait croire à l'origine vésicale de certains de ces néoplasmes.

Par ce même mécanisme d'évolution on peut expliquer l'ouverture intra-vésicale de ces kystes dans trois observations. Le même fait nous montre l'impossibilité de dissection et d'énucléation de ces tumeurs.

Nous ne pouvons dans l'état actuel de la question que faire des suppositions au point de vue de la pathogénie de ces tumeurs. Quelles sont les voies que peut prendre l'embryon hexacanthé pour arriver dans le tissu cellulaire recto-vésical et s'y développer ? Nous ne voyons pour cet effet que deux voies : la

voie circulatoire et la voie directe ; les deux sont très-vraisemblables et ne s'éliminent point mutuellement.

La voie circulatoire peut expliquer la localisation de l'embryon dans n'importe quel organe ; en effet après son entrée par les voies digestives supérieures il peut devenir libre dans l'estomac ou dans les premières parties du duodénum, là il traverse la paroi intestinale et pris par les vaisseaux lymphatiques arrive dans le canal thoracique, puis par le système veineux dans le cœur droit, de là il est lancé dans le poumon et revient au cœur gauche qui le distribue par le système artériel dans n'importe quel endroit de l'organisme : on peut encore admettre qu'après avoir perforé la paroi intestinale l'embryon peut être pris par une des ramifications de la veine porte qui le dirige dans le foie où il peut rester et donner naissance à un kyste de cet organe, s'il franchit cet obstacle c'est par les veines sus-hépatiques qu'il arrivera au cœur droit et qu'il prendra le même chemin que dans l'hypothèse précédente, pour se distribuer.

Il est cependant facile d'objecter que l'embryon mesurant 25 μ éprouvera beaucoup de difficultés à traverser les capillaires du foie qui n'en ont que 9 à 21 (Frey) et les capillaires pulmonaires qui ont une moyenne de 13 μ .

A cette objection on a répondu que l'embryon est mou et dépressible, et qu'il peut s'étirer, que les capillaires n'ont pas une rigidité invariable, que des poussées de congestion physiologique ou pathologique peuvent augmenter le calibre de ces vaisseaux ; qu'il

existe de plus, selon Claude Bernard des communications directes entre la veine porte et les veines sus-hépatiques, ensuite que c'est dans le foie et le poumon que se trouve le plus grand nombre de kystes hydatiques et que les autres organes viennent bien loin après eux dans la statistique de la localisation de ce parasite. Tout cela est fort juste et nous ne désirons point infirmer l'opinion de la voie circulatoire comme mode de pénétration de l'embryon, nous voulons seulement insister sur la voie directe que nous croyons plus fréquente pour le cas particulier ; cette voie a cependant déjà été indiquée antérieurement.

Pourquoi dans les kystes hydatiques rétro-vésicaux n'admettrait-on pas la voie rectale, c'est-à-dire que l'embryon ayant pénétré dans l'organisme par les voies digestives supérieures, arriverait à un moment donné dans le rectum et là il perforerait la paroi intestinale (on admet bien qu'il aurait pu le faire un peu plus haut vers le duodénum) et trouvant dans le tissu cellulaire recto-vésical une région bien pourvue de vaisseaux, il s'y fixerait et s'y développerait.

Par cette même hypothèse nous expliquerions très bien la localisation sous-péritonéale et la grande fréquence de la présence du parasite dans cette région par rapport à la statistique des affections similaires des organes mous du petit bassin.

Il y a aussi un rapprochement à faire du fait que les kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas sont chez la femme les plus communs des kystes hydatiques de la cavité pelvienne.

Le kyste hydatique rétro-vésical est toujours coiffé par le péritoine qui sous l'influence de cette inflammation chronique est toujours épaissi. Sonntag cite un cas où le sommet de la tumeur n'était pas revêtu de séreuse et le reste de son étendue en recevait un revêtement très net, il explique ceci par le fait que le péritoine ayant subi une distention excessive à pu éclater à un certain moment.

Freund de même cite une observation de kyste hydatique du mésentère dans lequel la poche kystique était visible à certains endroits par des fenêtres ovales privées de péritoine.



Symptômes et Marche

Le début de cette affection est le plus souvent insidieux ; il n'est pas rare de trouver à l'autopsie des kystes hydatiques rétro-vésicaux n'ayant occasionné aucun trouble fonctionnel dans l'existence de l'individu, quelquefois aussi c'est un médecin qui examinant un malade pour une autre affection vient, par le palper et par le toucher rectal s'apercevoir de la présence d'une tumeur kystique dans cette région.

Néanmoins dans la plupart des cas on constate des signes fonctionnels faciles à déduire d'après les notions anatomo-pathologiques et le siège de l'affection.

En premier nous citerons la pesanteur dans le bas-ventre, trouble qui engage le malade à venir consulter, douleurs dans les membres inférieurs par suite de la compression du nerf sciatique. Dans d'autres cas c'est le malade qui s'aperçoit que son ventre a augmenté peu à peu de volume et il a remarqué la présence d'un corps anormal qui est la tumeur.

Comme nous le verrons dans les observations il peut se faire que la tumeur comprimant la vessie amène une rétention parfois complète qui force le

malade à demander des soins ; les troubles vésicaux sont en effet des plus fréquents ; ils se manifestent d'abord par des envies répétées d'uriner, les mictions deviennent lentes et difficiles et peu à peu le malade arrive à avoir de la rétention ; dans certains cas cette rétention peut être complète d'emblée. La rétention même complète peut céder pour un certain moment puis revenir et ainsi jusqu'au moment où elle sera persistante. On explique ce fait par la compression directe que fait subir le kyste à la vessie ou aux uretères — on voit même, après ponction du kyste, apparaître de la polyurie claire qui persiste assez longtemps, preuve de la distension des voies urinaires supérieures. On n'a jamais noté d'altération dans les urines.

Du côté du rectum on remarque aussi très souvent pour ne pas dire toujours des troubles qui sont : d'abord une constipation progressive qui résiste aux agents thérapeutiques, puis les selles sont difficiles et s'accompagnent de douleurs plus ou moins vives dans la région sacrée ; on peut voir du ténesme rectal simulant un rétrécissement du rectum ; en effet on peut dire qu'il y a rétrécissement dans le calibre de cet organe car fréquemment la tumeur vient faire saillie dans le rectum.

Le développement du kyste se fait de bas en haut et ainsi plusieurs praticiens ont pu à première vue le prendre pour une vessie distendue, d'autant plus que le malade était amené pour des phénomènes de rétention.

Le palper fait reconnaître une tumeur arrondie, de consistance ferme, uniformément, lisse, mate, non douloureuse, très peu mobile car les adhérences sont vite contractées ; le kyste peut remonter jusqu'à l'ombilic et même plus haut.

La fluctuation est le plus souvent appréciable mais c'est plutôt une sensation d'élasticité et de rénitence.

Le toucher rectal montre que le cul de sac recto-vésical est distendu, sans être généralement abaissé, en combinant le toucher au palper on sent que l'impulsion du doigt rectal se transmet à la main abdominale. La prostate ne donne aucune sensation anormale.

Le cathéterisme montre les rapports de la vessie et de la tumeur ; on voit la vessie augmenter de volume sous l'influence d'une injection d'eau par la sonde et diminuer à la suite du cathéterisme ; le malade dit que cette partie se gonfle quand il a envie d'uriner.

Au palper la vessie vide donne la sensation d'une tumeur pâteuse, molle, mal définie comme contours et siégeant en avant ou quelquefois sur un des côtés du kyste ; au moment de la contraction de cet organe sous l'influence de l'évacuation de l'urine on la voit se durcir et former un relief plus accusé sur la tumeur.

On n'a jamais remarqué de troubles du côté des fonctions génitales, quoiqu'on puisse s'y attendre par suite de la compression possible des vésicules sémi-

nales ou des canaux déférents ; il est vrai qu'on a recherché l'état de ces fonctions que dans une seule observation.

Le frémissement hydatique se constate rarement, il n'a été noté que dans deux cas ; mais comme ce signe est pathognomonique de l'affection il devra être recherché avec soin dans tous les cas.

Au point de vue de l'évolution il n'y a rien de spécial aux kystes hydatiques rétro-vésicaux, comme ceux des autres organes, ils peuvent périr par inanition ou par compression, phénomène qui arrêterait leur marche ultérieure. Mais le plus souvent ils augmentent de volume, quittent le petit bassin et remontent dans la cavité abdominale, ils passent inaperçus jusqu'au moment où ils provoquent les troubles de compression.

Leur durée est difficile à préciser car nous n'avons sur quoi nous baser pour en affirmer l'époque du début qui est tout à fait obscure.

La terminaison de ces kystes peut se faire de diverses façons : nous avons déjà signalé la terminaison possible par la mort du kyste — on observe aussi l'expulsion qui se fait le plus souvent du côté du rectum, on l'a vue se faire deux fois dans la vessie (observ. de Fleckles et observ. de Bennett) ; une fois dans le péritoine (Austr. Med. Journ., 1880, p. 59) ; dans l'observation de Sibille on voit la tumeur venir faire saillie au périnée.

Un autre mode de terminaison est la suppuration. Celle-ci se manifeste par des signes cliniques ; on voit

tout-à-coup la tumeur devenir douloureuse d'indolente qu'elle était auparavant, ces douleurs sont vives, lancinantes, exaspérées par la moindre pression ; en même temps le malade est pris de fièvre, frissons, nausées, vomissements ; au bout de quelque temps, si l'on n'est pas intervenu, la suppuration se fait jour par une ouverture quelconque.

Nous réservons pour le chapitre du traitement la terminaison des kystes par suite de l'intervention opératoire.

Les kystes hydatiques rétro-vésicaux par suite des troubles fonctionnels qu'ils déterminent peuvent amener la mort par troubles urémiques, obstruction intestinale etc. ; la suppuration prolongée peut amener la mort du malade dans le marasme et la cachexie.



Complications. — Pronostic. — Diagnostic.

Les complications sont amenées par la compression des organes, nous savons par les chapitres précédents les phénomènes produits par la compression du rectum, de la vessie, du nerf sciatique, etc. ; nous devons un mot de plus sur la compression exercée par le kyste sur les uretères ; ce phénomène amène la dilatation des bassinets et même la dégénérescence du rein. M. Tuffier relate cinq cas où la tumeur ayant comprimé les uretères a déterminé une hydronéphrose à laquelle les malades ont succombé (V. Index bibliographique Jones, Bryant, Boulay, Budor, Bennet). On peut aussi concevoir comme complication l'apparition d'une péritonite par propagation ou par perforation à la suite de la suppuration du kyste. Cette suppuration laisse toujours imminente la septicémie et l'infection secondaire.

En raison de toutes ces complications possibles, le pronostic de cette affection devrait plutôt être réservé, mais en le subordonnant à l'intervention chirurgicale et nous dirons plus loin la méthode de choix, ce pronostic est rendu de beaucoup meilleur.

Le diagnostic de ces tumeurs chez l'homme est

plus aisé à établir que chez la femme par suite du moins grand nombre d'affections qui peuvent atteindre les organes du petit bassin chez celui-ci.

Pour faire ce diagnostic, il faudra rechercher minutieusement tous les signes propres à nous mettre dans la bonne voie ; s'il était possible de percevoir le frémissement hydatique ou observer à un certain moment l'issue d'hydatides, l'établissement du diagnostic ne saurait être hésitant, mais ces deux faits sont rarement observés. On pourra en outre se baser et avec une très forte présomption, lorsque avec la tumeur du petit bassin coïncideront un ou plusieurs kystes hydatiques siégeant dans d'autres organes ; la multiplicité des kystes hydatiques sera pour ainsi dire presque un signe pathognomonique.

Dans l'absence de ces trois signes on se basera sur la lenteur de l'évolution, sur ce que cette tumeur, pendant un temps assez long, ne s'accompagne pas d'accidents locaux ni de troubles dans l'état général ; de plus si à un moment donné cette tumeur devient douloureuse et qu'il apparaît un état fébrile, la conviction de kyste hydatique suppuré s'établira plus facilement. Le cathéterisme et le toucher rectal donneront des renseignements précieux sur la consistance et le siège de la tumeur ; le toucher rectal combiné au palper fera savoir si la tumeur est fluctuante et si cette fluctuation est transmissible.

On pourrait mettre dans les moyens du diagnostic la ponction exploratrice avec un gros trocart, mais outre que celle-ci présente certain désavantage

au point de vue de l'innocuité, elle ne donne pas toujours les renseignements que l'on serait en droit d'attendre d'elle ; la laparotomie comme moyen de diagnostic en fournirait à coup sûr des éléments certains, mais elle ne doit être mise en pratique à cet effet que comme dernier moyen.

Quant au diagnostic différentiel, il sera facile à faire d'avec la rétention d'urine, un simple cathétérisme de la vessie suffira. La marche rapide, la douleur, la cachexie précoce différencieront les tumeurs malignes des kystes hydatiques.

Les ostéo-sarcomes, les carcinomes, les chondromes à forme kystique sont des tumeurs inégales, fluctuantes par places, adhérentes aux os, étant le siège de pulsations expansives et de bruits de souffle.

Les tumeurs bénignes intra-pelviennes seront plus difficiles à diagnostiquer par suite de la similitude d'évolution ; dans ce cas, après avoir épuisé tous les moyens, on aurait recours à la laparotomie exploratrice, qui dans le cas serait aussi la première partie du traitement.

Les abcès froids s'accompagnent de lésions osseuses le plus souvent, mais quand il y aurait hésitation et que la balance pencherait en faveur de l'abcès, la ponction serait acceptable pour lever les doutes.

Nous ne nous occuperons pas du diagnostic différentiel des kystes avec la hernie périnéale et avec l'ascite.

En résumé, le diagnostic des kystes hydatiques rétro-vésicaux n'est pas aisé, mais cependant il peut être fait chez l'homme dans la grande majorité de cas.

OBSERVATIONS

Observation I

(Communiquée par M. Legueu)

Emile Artbur, âgé de 24 ans, entre le 7 septembre 1896, à Saint-Louis dans le service de M. Nélaton, supplée par M. Legueu.

Il a vu depuis un an, son ventre augmenter de volume et une tumeur se développer au dessous de l'ombilic.

En le découvrant on voit en effet, une tumeur volumineuse qui soulève la paroi abdominale au dessous de l'ombilic. A première vue, on dirait une vessie distendue ou un utérus au septième mois.

La tumeur est régulière à sa surface, les bords circulaires sont nettement définis. A droite et à gauche, elle déborde de trois travers de doigt le bord externe des muscles droits, en bas elle plonge en arrière de la symphyse où on ne peut plus la suivre. En haut elle remonte à deux travers de doigt au dessus de l'ombilic. La surface accessible est dépourvue de toute irrégularité, la consistance est uniforme, elle est élastique et rénitente plutôt que franchement fluctuante. Mate à la percussion, elle n'est le siège d'au-

cune douleur provoquée, on peut la palper fortement sans réveiller la moindre douleur.

En faisant contracter les muscles de la paroi, la tumeur disparaissait en partie, ses contours devenaient moins évidents, il était clair que cette tumeur ne faisait pas partie de la paroi abdominale et qu'elle était développée du côté de la cavité péritonéale.

Par contre la tumeur était presque immobile, on ne pouvait la mouvoir, ni la déplacer dans son ensemble; cependant son pôle supérieur subissait sous l'impulsion de la main une légère oscillation alors que son pôle inférieur était absolument fixe, il ne pouvait donc s'agir d'une tumeur du mésentère.

Selon toute probabilité il s'agissait d'une tumeur ayant pris naissance dans la cavité pelvienne. Outre, en effet, que la tumeur semblait fixée en arrière de la symphyse, ou du côté du bassin, le toucher rectal nous permettait de sentir que le cul de sac de Douglas, quoique non abaissé était rénitent et distendu; l'impulsion se transmettait de l'abdomen au rectum.

L'état de la vessie devait être précisé: déjà au palper on trouvait sur le côté droit de la tumeur à trois travers du doigt en dedans de l'arcade de Fallope, une tumeur pâteuse, molle, mal définie comme contour, mais le malade nous apprenait que cette partie se gonflait quand il avait besoin d'uriner.

Un explorateur à boule pénétra facilement dans la vessie, une sonde molle évacua quelques gouttes d'urine en même temps que la vessie durcissait et formait une saillie plus évidente.

Cette tumeur qui était manifestement indépendante de la masse principale ne pouvait être que la vessie; l'injection d'eau par la sonde augmentait ses contours et la vessie en se contractant au moment de l'évacuation devenait plus ferme au palper.

Cependant les troubles fonctionnels provoqués par cette tumeur étaient nuls ou peu marqués, aucune douleur, aucune gêne, aucune sensation de pesanteur ; quelques douleurs cependant à la fin de la miction bien que les urines soient parfaitement claires et la miction facile, des besoins plus fréquents qui se répétaient toutes les heures c'était tout. Du côté du rectum il n'y avait aucune gêne, la santé du malade était d'ailleurs très bonne et il ne présentait rien de particulier dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Le diagnostic porté fut celui de kyste hydatique rétro-vésical et sous-péritonéal, voici pourquoi : la tumeur était certainement un kyste, or un kyste du mésentère aurait été plus mobile, au contraire la fixité relative de cette tumeur, sa proximité de la paroi sans interposition des anses intestinales, le refoulement de la vessie sur le côté ; tout cela indiquait un kyste développé en avant du péritoine.

L'opération eut lieu le 9 septembre 1896.

La paroi abdominale est incisée sur la ligne médiane dessous les muscles droits, le péritoine est ouvert ; on voit alors que la tumeur est développée dans le péritoine, le cul de sac péritonéal prévésical est remonté jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, c'est bien la vessie qui est à droite, en avant de la tumeur, au-dessous du péritoine.

La séreuse est fermée et après avoir dénudé la surface antérieure de la tumeur au-dessous du cul-de-sac péritonéal très élevé, M. Legueu ponctionne la tumeur et en retire 4 à 5 litres d'un liquide eau de roche.

Lorsque la poche fut à peu près vidée on l'ouvrit pour permettre l'introduction de la main : la cavité uniloculaire était énorme, elle se moulait en bas

sur les parois de l'excavation, en haut elle occupait la moitié de la cavité abdominale.

Après avoir retiré la membrane hydatide, M. Legueu chercha à attirer au dehors le plus possible de la membrane adventice, un cinquième environ fut ainsi dissocié de ses adhérences et excisé. Mais lorsqu'il arriva aux adhérences avec le péritoine, elles furent trouvées solides et indestructibles, le péritoine s'ouvrit. La perforation fut fermée et on s'en arrêta là pour l'excision.

Le reste de la poche fut marsupialisé, drainé par un gros tube et tamponné avec de la gaze iodoformée.

La guérison s'effectua régulièrement et en l'espace de six semaines la plaie était totalement fermée.

Observation II

(Communiquée par MM. Heresco, et Herenschmidt)

M... Louis, 24 ans, pâtissier entre le 13 juillet 1898 dans le service du Professeur Guyon à Nœcker. Antécédents héréditaires nuls. Rien de remarquable dans les antécédents personnels; en septembre 1897, écoulement urétral (gonococcique ?) guéri en 10 jours.

Le 1^{er} juin 1898 le malade en se levant le matin, est pris d'une rétention d'urine complète aigüe, mais après quelques instants de marche la miction s'effectue. Le même accident terminé de la même façon survint le 20 juin et le 4 juillet.

Le malade remarque que les crises de rétention

se montrent le matin lorsqu'il n'a pas uriné de toute la nuit; pour les éviter il se fait réveiller la nuit.

Dans l'intervalle des crises de rétention les mictions sont nombreuses, de dix à 15 fois dans la journée et une à trois fois la nuit, elles sont impérieuses, sans douleur, s'effectuent sans effort, le jet est normal, les urines sont claires.

Le 13 juillet. Nouvel accès de rétention dû à un excès de boissons de la veille; cette fois malgré tous les moyens ordinaires la miction ne se fait pas; un médecin ne peut cathétériser, le soir le malade entre d'urgence à Nœcker. On le sonde facilement et la vessie est évacuée.

Le 14 juillet. Taille prérectale faite par M. Heresco les tissus saignent beaucoup; l'incision faite jusqu'à la prostate ne donne issue à rien.

Le 18 juillet. M. Albarran constate le même empatement autour du bas fond de la vessie et en avant un plastron hypogastrique dur, non douloureux. Le malade a 39° 5.

Incision sus pubienne d'urgence par M. Albarran; issue d'un peu de sérosité rosée, dans laquelle le microscope ne décèle que quelques éléments cellulaires, par de microorganismes. Suture et drainage; sonde uréthrale à demeure.

Pendant les jours suivants il y a de la fièvre à grandes oscillations, on lui fait du sérum sous-cutané. Progressivement la suppuration apparaît dans la plaie périnéale par où s'échappe un peu d'urine.

On est obligé de désunir les sutures de la plaie abdominale le 24 juillet.

Le 25 juillet. Légère hématurie. Périscystite énorme. M. Michon débride la plaie sus-pubienne plus profondément. Par la plaie périnéale examinée à fond se vide une poche de rétention purulente et des

débris sphacelés, nauséabonds, des gaz. — Lavage antiseptique, drainage.

30 juillet, Une grande quantité de membranes et de vésicules d'échinocoques est évacuée à chaque pansement. Odeur terrible de sphacèle. La fièvre est tombée. — La plaie sus-pubienne se cicatrise.

3 août. L'évacuation continue, parfois des débris volumineux, d'aspect gélatineux; très odorants. Le malade urine de petits débris analogues à ceux que ramènent les lavages de la plaie.

6 août. La miction se fait par le méat et la plaie.

13 août. — Il y a toujours une sonde urétrale à demeure, les injections périnéales reviennent par le méat autour de la sonde (communication uréthro-prostatique). Puis le foyer de gangrène se nettoie, ou enlève la sonde à demeure, le malade urine normalement.

4 septembre. — Une sonde poussée dans le but de laver la vessie dont l'urine était devenue louche, bute dans une cavité située au niveau de la prostate; le doigt rectal la sent facilement; le malade urine de nouveau par le périnée.

7 septembre. — La plaie périnéale se prolonge; une sonde de Nélaton poussée à 14 centim. bute dans le fond de la poche rétro-vésicale; si on la retire à 9 centim. elle est en regard de la communication urétrale et l'injection sort par le méat. Orchite droite aiguë rapidement guérie. La malade urine autant par le périnée que par le méat.

M. Albarran placé une sonde béquille à demeure, il l'introduit dans la vessie après l'avoir montée sur mandrin et en l'aidant avec un doigt rectal.

Le drain-périnéal est réduit à 5 centim.

23 septembre. — Le malade retire sa sonde sous le prétexte qu'elle ne fonctionnait plus; immédiate-

ment la miction se fait de nouveau par le périnée. M. Albarran replace une sonde par les mêmes moyens.

Pendant les jours suivants chaque fois que la sonde a besoin d'être changée, un autre est remplacée par le procédé sus dit.

Les pansements périnéaux sont infiltrés d'urine. Suppuration insignifiante, le drain n'a plus que 3 centimètres.

Le malade va de mieux en mieux et sort de Necker.

Observation III

(Tuffier. — Congrès de Chirurgie 1891)

Lim... Alphonse, 27 ans; galochier, entre à Nœcker, le 5 novembre 1889, dans le service du Professeur Guyon, suppléé par M. Tuffier.

Les accidents dont il se plaint datent de trois ans.

Ce sont des sensations de pesanteur dans la région périnéale avec fréquence des mictions. Dès cette époque le jeune homme a eu la sensation d'une boule, d'une tumeur siégeant à ce niveau.

Depuis trois mois la tumeur a beaucoup grossi, les mictions sont devenues difficiles et s'accompagnent d'efforts violents, la constipation n'a jamais été très marquée, les selles sont rubanées. Malgré ces derniers troubles fonctionnels, la santé générale est restée bonne et il y a peu d'amaigrissement.

Nous trouvons un jeune homme grand et fort, bien musclé. La région hypogastrique est légèrement saillante de l'ombilic au pubis, comme dans les cas

de rétention aigüe d'urine. Derrière la paroi abdominale libre, on sent une tumeur arrondie à grand diamètre vertical, lisse, unie, régulière, indolente, absolument mate, mais fluctuante.

Elle se perd en bas derrière le pubis en empiétant un peu sur la fosse iliaque gauche.

Sa mobilité transversale est légère. Le doigt introduit dans le rectum touche une tumeur siégeant immédiatement au-dessus de la base de la prostate, sur laquelle elle est appliquée sans ligne de démarcation. La glande elle-même et le bec des vésicules séminales sont indemnes. Cette tumeur arrondie est très saillante dans le rectum dont les parois sont normales. Le toucher combiné au palper permet d'apprécier le volume de la tumeur qui a 20 c/m de long et 7 c/m de large ; elle est légèrement mobile de haut en bas. La miction nécessite des efforts considérables et ne peut s'effectuer que dans la station accroupie, elle est fréquente, les urines sont claires, elles n'ont jamais contenu de sang ni de dépôt purulent. Les différents organes et particulièrement le foie sont indemnes.

Toute tentative de cathétérisme de la vessie reste infructueuse. Un explorateur à boule de petit volume conduit dans le canal pendant le toucher rectal, disparaît en avant au niveau de la région prostatique, un instrument métallique ne peut s'engager au même niveau ; mais on sent que pour le faire arriver profondément il est nécessaire d'abaisser fortement le pavillon. Ces différents signes nous permettent de localiser la tumeur dans la région rétro-vésicale et la connaissance des observations antérieures me fait porter le diagnostic de kyste hydatique du petit bassin.

Je fais séance tenante une première ponction avec la seringue de Pravaz ; elle ne donne aucun résultat ;

je me sers alors d'une longue aiguille de l'appareil Potain, même insuccès. Ma conviction dans le diagnostic fut légèrement ébranlée, malgré cela je résolus d'attaquer le kyste par le bistouri.

Le 10 novembre 1889 je fis à partir de la symphyse une incision de 12 c/m ; j'arrive sur la vessie vide collée derrière la paroi abdominale et s'étendant du pubis jusqu'au voisinage de l'ombilic. Un explorateur introduit par l'urèthre me permet d'apprécier l'étendue de la cavité vésicale. J'isole ses parties latérales derrière lesquelles je sens la tumeur qui la déborde latéralement et qui remonte jusqu'à sa partie supérieure. Je m'aperçois alors que la vessie n'est maintenue que par l'ouraque.

Je sectionne ce cordon et je rabats le corps de la vessie en avant sur le pubis ; j'ai ainsi sous mes yeux la face antérieure fluctuante de ma tumeur. Je fais en vain une dernière ponction, mais convaincu de la nature kystique du néoplasme je fends hardiment sa paroi dans l'étendue de 6 c/m. Un flot d'hydatides de tous volumes se précipite, j'estime à plus de deux litres la quantité évacuée. Lavage au sublimé, toilette de la poche.

A mesure que la poche se vide, la vessie rentre peu à peu derrière la symphyse pubienne. Je puis alors étudier à loisir les connexions intimes de la cavité du kyste. Elle occupe tout le petit bassin, elle est intimement adhérente en arrière au rectum, en avant ses connexions sont intimes avec le bas-fond de la vessie ; en bas elle est séparée par un très mince sillon de la base de la prostate : toute tentative de dissection est inutile. Je suture l'orifice de la poche au tiers inférieur de la plaie hypogastrique, dont le reste est suturé en étages. Drainage de gaze iodoformée, pansement avec gaze iodoformée et ouate.

Les suites opératoires furent très intéressantes.

La miction se rétablit complètement ; elle est toujours restée normale. Au 3^e jour, après un lavage au sublimé, la température monte à 39°, la plaie est parfaite sans tension, ni douleur. Le lendemain, se manifeste sur tout le corps une éruption confluante d'urticaire avec démangeaisons atroces ; pendant trois jours la température et l'éruption persistent.

En même temps des troubles généraux, sous forme d'hébétude, de subdélirium font craindre un dénouement fatal. Le lendemain, la langue se couvre de plaques blanchâtres discrètes, douloureuses.

Cinq jours après le début de cette éruption, la peau desquame, les plaques blanchâtres de la langue laissent à leurs places de petites exulcérations qui se cicatrisent : Pendant tout ce temps l'état local a été parfait.

A partir de ce jour tout semblait terminé, quand le malade fut pris le 4 janvier pendant un des lavages d'une syncope et d'accès épileptiformes durant 4 à 5 minutes, puis il tomba dans le coma pendant plusieurs heures, le lendemain tout avait disparu.

Ces accidents se produisirent à chaque pansement et avec la même intensité quatre fois de suite et ce fut toujours au moment même où une injection distendait la cavité.

Il y a là des phénomènes analogues à ceux qui ont été cités pendant les lavages de l'empyème. Ce qui démontre bien l'origine de ces accidents, c'est que les crises cessèrent du jour où on ne fit plus de lavages.

A la fin de janvier, le malade sortait guéri.

M. Tuffier en a eu des nouvelles depuis cette date ; la guérison est parfaite, la cicatrice est solide, il n'y a aucun trouble de la miction et la santé géné-

rale n'a pas été altérée un seul jour depuis son opération.

OBSERVATION IV

(Congrès de Chirurg., 1893)

L... Pierre, 35 ans. Rien dans les antécédents personnels.

La première fois il y a 8 ans il constata dans la région iliaque droite l'existence de deux tumeurs du volume d'une noix, dures, régulières, ne donnant lieu à aucun trouble. Peu à peu elles grossissent en se portant vers la ligne médiane et en haut. Au bout d'un certain temps survinrent tous les cinq mois environ des crises douloureuses qui obligeaient le malade à garder le lit pendant deux ou trois jours. Envies fréquentes d'uriner, peu d'urine à la fois, sensation de pesanteur sur la vessie.

Il y a quatre ans, nouvelle tumeur dans l'hypochondre droit, se développant progressivement et n'ayant provoqué qu'un léger ictère disparu après huit jours ; le malade cependant maigrissait et perdait ses forces.

La défécation et l'éjaculation s'accomplissent normalement, mais la miction devient de plus en plus gênée.

Le Dr Cazaux appelé ponctionne les tumeurs, la première fois il sortit environ un litre de liquide très clair, la seconde donne issue à des vésicules caractéristiques.

Le Professeur Villar, qui voit le malade la pre-

mière fois en juin 1892, conclut à l'existence d'un kyste hydatique du foie, du mésentère et d'un kyste rétro-vésical ; il conseille l'opération.

Le malade placé dans le service du Dr Picot, subit sept à huit ponctions dans le foie, sans résultat ; la dernière faite avec un gros trocart donna issue à deux vésicules — la ponction pratiquée au niveau du kyste sus-pubien donne issue à quelques gouttes de liquide.

Le 20 juillet le malade passe dans le service du Prof. Desmons. — Voici son état : A l'examen on constate :

1) Dans l'hypochondre droit une tumeur lisse, dure, mate à la percussion, volumineuse, dépassant la ligne médiane à gauche, suivant en arrière le bord inférieur du foie et descendant jusqu'au niveau de l'ombilic.

2) Au-dessus de l'ombilic sur la ligne médiane une petite tumeur dure, régulière (poche kystique guérie) et un peu à droite trois autres tumeurs du volume du poing environ : une étant un peu plus grosse.

3). Une autre tumeur au dessus du pubis, rappelant la vessie distendue régulière, rénitente, du volume d'une grosse orange et paraissant assez mobile. Pas de frémissement hydatique ; cependant en pressant celles qui sont situées au centre de la cavité abdominale, on a la sensation d'un frottement spécial.

Le doigt introduit dans le rectum tombe sur une tumeur dure, saillante, qui déprime la paroi rectale antérieure ; les mouvements imprimés à la tumeur sus-pubienne se transmettent au doigt rectal.

Depuis trois semaines, le malade éprouve une grande difficulté pour uriner et le cathétérisme est

difficile. L'état général est mauvais, amaigrissement considérable, teint cachectique, faiblesse extrême.

Opération le 28 juillet 1892. Incision sur la ligne blanche de la symphyse pubienne à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; on extrait par cette voie six kystes hydatiques de volume inégal ; ils sont situés les uns dans l'épiploon, les autres dans le mésentère, l'énucléation en est assez facile.

Le chirurgien s'occupe alors du kyste rétro-vésical ; ce kyste assez volumineux s'étend à droite sur les vaisseaux iliaques externes dont on le sépare assez facilement ; il est recouvert par le péritoine qui se continue en avant sur la vessie ; il incise le feuillet péritonéal et cherche à énucléer le kyste, à le séparer des parties voisines et en particulier de la vessie, pendant cette manœuvre la pince qui le soulève en déchire la paroi et du liquide s'écoule dans la cavité abdominale. Lavage au sublimé.

M. Villar examine les connexions de la tumeur et ayant constaté son adhérence au niveau de la base de la prostate, il se contente de l'aboucher à la partie inférieure de la plaie abdominale (marsupialisation). On trouve aussi un énorme kyste du bord inférieur du foie : marsupialisation, drainage, pansement.

10 août. — On enlève les points de suture, la plaie est cicatrisée par première intention sur l'incision abdominale. Lavage des poches.

1^{er} septembre. — La poche sus-pubienne est complètement fermée. Cicatrisation parfaite. La poche hydatique est considérablement diminuée.

25 septembre. — Le malade sort. L'orifice du kyste hépatique est à peine perceptible. Le malade a augmenté de poids, il a gagné 4 kilos en un mois. Il reprend son travail et se porte bien.

Observation V

(Archiv. de Bordeaux, novembre 1893)

C... G..., 37 ans, entre le 3 octobre 1892 à l'hôpital Saint-André. Aucun antécédent héréditaire. Il est un ancien peintre et a dû abandonner son métier à cause de coliques répétées. Il est marchand de charbon. Il fait remonter son affection à un coup de poing qu'il aurait reçu à l'ombilic étant enfant.

A son retour du service, il constate par hasard dans la région sous-ombilicale la présence d'une tumeur du volume d'un gros œuf, ne provoquant aucun trouble, si ce n'est des douleurs passagères.

Comme la tumeur avait acquis un certain volume, il consulte à Saint-Louis le Dr Péan ; son état général était parfait, aucun trouble dans la miction, la digestion ni la défécation. On lui fait une ponction à travers la paroi abdominale, il en sort environ deux litres de liquide trouble ; le malade fut immédiatement soulagé et la tumeur disparut.

Vers 1889 le malade recommença à souffrir, la tumeur était réapparue, il était sujet à des alternatives de diarrhée et de constipation opiniâtre. Pendant les trois années suivantes, le malade alla tant bien que mal, mais depuis trois mois, son état général laissant à désirer, ayant perdu treize kilogs de son poids (de 70 kilogs. il était arrivé à 57, 300), il vint à l'hôpital.

A l'examen on constate que l'abdomen est volumineux (85 cm) ; il y a de la circulation complémentaire et une légère ascite.

La région sous-ombilicale est le siège d'une tumeur arrondie, parfaitement nette soulevant la paroi abdominale en arrière de laquelle il est facile de la localiser.

Cette tumeur est lisse, irrégulière, rénitente et un peu douloureuse : elle se laisse parfaitement délimiter et on constate qu'elle est entourée en haut et latéralement par une zone de sonorité, inférieurement elle paraît s'enfoncer dans l'excavation du bassin.

La limite supérieure répond à deux travers de doigt au dessous de l'ombilic, son côté droit est situé à plus d'un bon travers de la ligne blanche, son côté gauche est à six centimètres de la même ligne. L'index introduit dans le rectum trouve à huit centimètres de l'anus et au dessus de la prostate, une tumeur qui appuie sur la face antérieure du rectum ; cette tumeur présente quelques inégalités, elle est fluctuante et reçoit manifestement la transmission des mouvements que l'on imprime à la tumeur sous-ombilicale.

Le cathéterisme de la vessie se fait sans difficulté et après évacuation du réservoir urinaire, la tumeur conserve encore tous les caractères qu'elle avait auparavant. Le foie paraît normal, la rate un peu augmentée, les appareils pulmonaire et circulatoire sont sains.

L'opération se fait le 15 octobre, par le professeur Desmons, assisté du docteur Binaud. Il fait une incision de huit centimètres sur la ligne médiane, incision qui s'arrête à trois travers de doigt de la symphyse pubienne ; il s'écoule une certaine quantité de liquide ascitique.

Dans la partie inférieure de l'incision, on voit apparaître, en partie recouverte par les intestins, une tumeur lisse, globuleuse, nacrée, présentant de nombreuses adhérences aux parties voisines.

La ponction aspiratrice de la tumeur donne issue à environ 300 grammes de liquide eau de roche, le trocart est ensuite enlevé et la plaie obturée par une pince.

Exploration de la cavité abdominale : au dessous de la grande courbure de l'estomac on trouve une tumeur du volume d'une mandarine sur l'épiploon, elle est enlevée entre deux ligatures et présente les caractères d'un kyste hydatique en voie de régession.

Le professeur Desmons constate que le kyste rétro-vésical est rattaché aux organes voisins par des adhérences trop nombreuses et trop résistantes pour qu'il soit possible d'en tenter l'extirpation. Il déblaie alors la cavité kystique des nombreuses hydatides dont elle était bourrée et fait la marsupialisation de la poche.

Le 23 octobre, on enlève le drain.

Le 15 novembre, la cavité a presque disparu, un stylet y pénètre avec difficulté.

Le 15 décembre, la plaie est complètement cicatrisée, le malade qui pesait avant 57 k. 3, pèse actuellement 59 k. 9.

Il a repris son travail et se porte bien.

Observation VI

(Duplay. Arch. Gén. de Méd. 1887, p. 732).

Christophe F..., 35 ans, cordonnier, entré à Lariboisière dans le service du Professeur Duplay, le 9 février 1887.

Depuis 5 mois le malade a des envies fréquentes d'uriner qui se reproduisent toutes les deux heures. Il y a deux mois il remarque l'augmentation de volume de son ventre et une tumeur au-dessus du pubis, tumeur qui était de la moitié du volume de celle qu'il présentait à son entrée dans le service. Depuis, les envies d'uriner sont toujours fréquentes, la miction est lente et difficile et s'accompagne de douleurs au bout de la verge. Douleurs vagues dans les membres inférieurs et dans les reins.

A l'examen, la tumeur remonte jusqu'à l'ombilic, médiane, mais cependant un peu proéminente à droite, uniformément globuleuse, laissant libre la partie supérieure des deux fosses iliaques. Pas d'adhérences à la paroi. La tumeur est élastique, tendue et nettement fluctuante. Par le toucher rectal on la sent qui déprime la paroi antérieure du rectum et fait une forte saillie dans l'ampoule, immédiatement au-dessus de la prostate qui paraît se continuer par sa base avec la tumeur, mais qui, néanmoins semble tout à fait saine et de volume normal.

On peut sentir de chaque côté qu'un sillon sépare la tumeur des parois latérales du bassin et le doigt rectal transmet la fluctuation à la main abdominale.

La sensation qu'éprouve le doigt en explorant la tumeur par le rectum est exactement comparable à celle que donne le toucher vaginal dans le cas d'une hématocele rétro-utérine ou d'une pelvi-péritonite suppurée.

On ne peut pénétrer dans la vessie qu'avec une sonde munie d'un mandrin à forte courbure; en injectant du liquide on voit la vessie former au-dessus du pubis, en avant et à gauche de la tumeur, une nouvelle tumeur aplatie, fluctuante, de la grandeur de la

main, et disparaissant à mesure qu'on laisse s'écouler le liquide.

Aucun point douloureux le long de la colonne vertébrale, ni sur les os du bassin. Aucun signe stéthoscopique au poulmon. Pas de cachexie.

En raison de la nature manifestement liquide de cette tumeur on ne peut penser qu'à une collection purulente ou séreuse et en l'absence de tout symptôme d'inflammation antérieure et de toute lésion des os du voisinage, la conclusion fut en faveur d'une collection séreuse ou probablement d'un kyste hydatique dans la prostate ou sous le péritoine.

15 février. — Ponction avec le trocart n° 2 de l'appareil Potain. Aspiration de 1650 gr. de liquide eau de roche; la tumeur s'affaisse entièrement. Pansement ouaté et bandage serré. Pas d'albumine dans le liquide retiré. Au microscope pas de crochets ni d'éléments figurés.

Quatre heures après la ponction, apparition de papules confluentes d'urticaire sur les cuisses et sur l'abdomen qui disparaissent le lendemain.

21 février. — Le liquide s'est un peu reproduit. Par la palpation on sent une masse très molle du volume de deux poings environ. Plus de tumeur faisant saillie au toucher rectal.

1^{er} mars. — La tumeur a augmenté et atteint environ le tiers des dimensions antérieures. Peu tendue, assez difficile à délimiter, mais assez voisine de la paroi abdominale pour déterminer de la matité hypogastrique. Les envies d'uriner n'ont plus reparu depuis la ponction.

16 mars. — Nouvelle ponction de 600 gr. de liquide moussant, louche, tenant en suspension une assez grande quantité de débris très nets de membranes hydatides. Le liquide se coagule en masse

par la chaleur. Pas de crochets. Pas de réaction ni traces d'urticaire. Le liquide ne se reproduit pas.

Le 29 mars le malade sort. On ne sent plus rien par l'abdomen ni par le rectum.

Au point de vue du siège de ce kyste, M. le Prof^r Duplay dit que d'après les signes cliniques, la tumeur occupait exactement le cul-de-sac recto-vésical et semblait adhérer à la prostate, et il admet que la tumeur eût dû prendre naissance dans le cul-de-sac recto-vésical, s'est élevée dans le bassin, refoulant la vessie en avant et le rectum en arrière. Ce cas est donc nettement celui d'un hyste hydatique rétro-vésical guéri par ponction.

Observation VII

(Velpeau in th. de Neyret, (1862)

M..., 33 ans, entre le 23 juin 1862 à la Charité, dans le service de Velpeau. — Cuisinier.

Rien dans ses antécédents.

Il y a deux mois, il remarque qu'il se formait une grosseur dans son ventre. Jusque-là aucun trouble dans la miction. Mais dans les premiers jours de juin la miction devint difficile et il rentre à la Charité avec une rétention d'urine presque absolue.

On constate à son arrivée l'existence d'une tumeur soulevant la paroi antérieure de l'abdomen et proéminente surtout à l'hypogastre. Cette tumeur est régulièrement arrondie, son sommet paraît correspondre à la ligne médiane, accompagnée d'une matité

absolue, s'étendant de la symphyse du pubis au voisinage de l'ombilic. La sonde en argent pénètre sans difficulté dans la vessie ; issue d'un litre d'urine claire. Le ventre s'affaisse un peu, mais il persiste une tumeur presque aussi volumineuse qu'auparavant. Le toucher rectal montre l'existence d'une tumeur volumineuse paraissant située entre la vessie et le rectum et faisant une forte saillie dans ce conduit.

Au doigt rectal elle présente une résistance particulière et l'élasticité des poches liquides fortement tendues. La prostate est à l'état normal. Diagnostic réservé. L'idée de kyste hydatique fut cependant émise par M. Panas.

La tumeur ayant augmenté ainsi que les accidents de la vessie M. Velpeau se décide à pratiquer une ponction du côté du rectum, il en sortit une demie palette d'une eau claire comme de l'eau de roche ne donnant aucun précipité par la chaleur ni par l'acide nitrique ; sortie de quelques vésicules hydatiques. A la suite de cette opération la tumeur avait diminué sans cependant disparaître. Puis dans les jours suivants le malade expulsa de volumineuses membranes hydatides. Mais il était de constitution faible et se cachectisant de plus en plus par suite de la suppuration, il mourut le 5 août.

L'autopsie fut faite avec soin, on ne remarqua aucune trace de phlegmasie sur le péritoine. Le rectum était séparé de la vessie par une poche à parois flasques et complètement affaissée. La poche était ouverte dans le rectum par un orifice permettant l'introduction du doigt.

Les parois étaient épaissies de 3 à 4 millim. Son sommet était recouvert par le péritoine dans une grande étendue. En avant elle adhérait à la vessie, en arrière au rectum.

On constata de plus dans le foie l'existence d'un grand nombre de taches grisâtres, on les incisa et on reconnut parfaitement qu'elles s'étendaient surtout en profondeur, c'étaient de petites suppurations hépatiques. (Abscess miliaires). Rien dans les autres organes.

Observation VIII

(Thèse Legrand, Paris 1890)

L. P..., entre en 1889 à Tenon pour des coliques de plomb. le médecin en l'examinant remarque l'existence d'une tumeur volumineuse dans la région hypogastrique ; on lui proposa de l'opérer et L. P... qui n'en avait jamais souffert étant épouvanté de cette perspective quitta l'hôpital. M. Peter lui avait diagnostiqué un kyste hydatique du foie en 1873.

Le 12 novembre 1889 il entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Professeur Tillaux, qui à première vue crut avoir affaire à une rétention d'urine avec une distention de la vessie remontant jusqu'à l'ombilic ; le cathétérisme lui montra que la vessie était vide et que la tumeur restait dans le même état.

Se basant sur la marche silencieuse de la tumeur, sur sa fluctuation, sur une légère sensation de frémissement et sur les antécédents du malade, M. Tillaux diagnostiqua un kyste hydatique ayant pour siège la couche celluleuse péritonéale du cul-de-sac recto-vésical. Une ponction avec l'aspirateur Dieulafoy ne donna issue à aucun liquide et M. Tillaux ne voulant pas aller plus loin conseilla au malade de rentrer chez lui et de revenir le voir lorsqu'il se trouverait trop incommodé par son affection.

Mouille

Peu de semaines après, L... P... revenait à l'Hôtel-Dieu ; sa tumeur avait augmenté de volume, elle semblait être si nettement fluctuante que M. Tillaux se décida à refaire une ponction ; cette fois encore il ne sortit aucun liquide. Par le toucher rectal, on se rendit compte qu'elle remplissait tout le petit bassin.

Le 15 février 1890, M. Tillaux se décida à pratiquer la laparotomie.

Une incision fut faite sur la ligne médiane et on arriva sur le péritoine sans avoir rien rencontré dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Le péritoine fut ouvert dans une étendue de 12 centimètres ; introduisant la main dans la cavité abdominale, il fut constaté que la tumeur non pédiculée était adhérente partout au bassin et à tout le plancher pelvien. En face de ces constatations, M. Tillaux pensa à un sarcome encéphaloïde et fut sur le point d'arrêter là l'opération ; mais pour éclaircir son doute, il fit une nouvelle ponction avec la grosse canule de l'aspirateur Potain : rien ne sortit. En retirant la canule, on vit à travers l'orifice qu'elle laissait sur la tumeur une sorte de grumeau blanchâtre qui ne pouvait être qu'un fragment de membrane hydatide.

M. Tillaux alors fendit la tumeur dans toute sa hauteur ; il s'en échappa une grande quantité d'hydatides, mais sans une goutte de liquide ; après avoir vidé le kyste, on le lava et les bords de la poche furent réunis à la paroi et on plaça deux drains dans la cavité.

Le malade n'eut pas un jour de fièvre à la suite de l'opération, et le 28 mars il alla en convalescence à l'asile de Vincennes. Le 1^{er} mai, on vit le malade rentré chez lui, il se porte bien et sa fistule était en voie de guérison.

Observation IX

(Richter, 1797)

Autopsie d'un homme portant de multiples kystes hydatiques, dont un au voisinage de la vessie.

Ce kyste ressemblait à un sac à parois très épaisses, volumineux, distendu de façon qu'il ressemblait à la vessie.

A l'incision, il s'en écoula des hydatides. La tumeur était située sous le péritoine entre cette membrane et l'extrémité supérieure de la vessie.

Observation X

(Lelouis, Acad. de Chirurg. 1779)

G..., charpentier, 40 ans. Après quelques difficultés pour uriner, il eut une rétention totale d'urine. Impossibilité de le sonder.

Transporté à l'hôpital de Rochefort, le chirurgien lui fit une ponction au dessus du pubis. On put alors passer une sonde. Six jours après, nouvelle rétention d'urine.

Mort. — A l'autopsie, on trouva la vessie soulevée par une tumeur située entre la vessie et le rectum. Cette tumeur du volume d'un boulet de douze livres contenait une sérosité limpide et dix hydatides de la grosseur d'une noix.

Observation XI

(Hunter 1793. In mém. Charcot)

Dans cette observation il s'agit de l'autopsie d'un homme mort subitement après avoir présenté pendant plusieurs semaines des troubles du côté de la miction.

A l'autopsie, après avoir vidé la vessie, on découvre une tumeur volumineuse entre le col de la vessie et le rectum, cette tumeur remplissait le bassin et repoussait la vessie en avant et en haut.

On l'incisa et il s'en écoula un liquide très clair et un grand nombre d'hydatides.

De plus il y avait des kystes hydatiques dans d'autres organes.

Observation XII

(Quain. Union médicale 1860)

W. G..., 9 ans. Porte depuis quatre ans une tuméfaction dans le bas-ventre avec difficulté pour uriner. Tumeur tendue s'étendant du pubis à l'ombilic et inclinée à gauche de la ligne médiane. Par le toucher rectal on sent une masse arrondie faisant saillie dans le rectum.

On fit une ponction par le rectum, cette ponction donna issue à un liquide pâle, inodore contenant des crochets d'échinocoques. — Guérison.

Observation XIII

(Sibille 1775)

Un régisseur âgé de 48 ans, atteint d'une rétention complète d'urine fit appeler Sibille pour y remédier, il se plaignait d'épreintes, de douleurs à la vessie et dans le fondement.

Il avait le hoquet, des envies continuelles de vomir et faisait de vains efforts pour aller à la selle et pour uriner.

Au moment où Sibille se disposait à le sonder il poussa un cri perçant accompagné de grands efforts et se plaignit d'un espèce de déchirement à la région inférieure du bassin où il porta la main pour résister, dit-il, à ce qui sortait de dedans en dehors. Une tumeur de la forme d'un cervelas se manifesta en cet endroit, elle s'étendait de la tubérosité de l'ischion du côté droit vers la racine du scrotum.

Les douleurs cessèrent aussitôt, les urines s'écoulèrent naturellement, en abondance et sans peine; puis la tumeur fut moins saillante.

Quelques heures après elle reparut dans le même état et diminua après que le malade eut uriné.

Sibille pensant que c'était une hernie de la vessie tenta la réduction et appliqua un bandage que le malade ne supporta pas longtemps.

La tumeur resta fixée au périnée. Quelque temps après, les téguments qui recouvraient la tumeur devinrent d'un rouge livide et il s'y fit une ouverture par laquelle Sibille toucha un corps rond, blanchâtre, mou, qui proéminait au dehors mais qui était adhérent aux parties voisines; ce chirurgien agrandit

l'ouverture en incisant du côté de l'anús vers le scrotum. Après avoir séparé les adhérences latérales, il vit sortir une très grande quantité d'hydatides. Il n'a jamais passé de l'urine par le périnée et le cours de ce liquide a toujours été libre et naturel par l'urèthre depuis l'apparition de la première tumeur. L'ouverture du périnée s'est fermée, et quelque temps après la guérison Sibille sentit encore des hydatides en cet endroit, lesquelles étaient mobiles et pouvaient être repoussées dans le bassin. Comme le malade n'en était point incommodé, il ne voulut point qu'on en facilitât l'issue par une nouvelle incision.

Il attribue le principe de cette maladie à un coup violent qu'il avait reçu à l'âge de 28 ans, dans la région du foie, qui depuis cette époque avait la dureté d'un squirrhe.

Cette observation est intéressante par le fait de la région où s'est produite l'ouverture du kyste.

Observation XIV

(Dolbeau. Gazette des Hôpitaux, 1867)

H..., 26 ans, limonadier consulte pour une tumeur qu'il portait à la marge de l'anús du côté droit. Au palper, la fluctuation est très franche, On trouve au toucher rectal le conduit obstrué par un relief formé par la tumeur ; le doigt rectal transmettait la fluctuation à l'extérieur.

Le malade avait eu il y a six ans une blennorrhagie, quatre ans après des difficultés de la miction qui se manifestaient après des excès ; pendant l'intervalle il avait simplement des envies fréquentes d'uriner. Un an avant son entrée il avait eu une rétention d'urine qui avait duré 48 heures et avait cédé au cathétérisme. Six mois après il avait constaté l'existence d'une tumeur dans le petit bassin ; les garderobes sont pénibles, les selles rubanées, les troubles urinaires ont disparu.

Une sonde introduite alla sans difficulté jusqu'au col de la vessie, à ce niveau elle dévia brusquement et pénétra ; le pavillon correspondait à la cuisse droite.

La tumeur est étendue, irréductible, mate.

On lui fit une ponction par le rectum avec un trocart ; il en sortit environ 250 grammes de liquide eau de roche, ce liquide ne se coagula pas par la chaleur et ne décéla pas la présence des crochets.

Immédiatement après on pratique le catéthérisme et la sonde pénétra cette fois ci sans que le pavillon subisse aucune inclinaison.

Fièvre. — Nausées pendant les jours suivants. On fit alors une large incision, il s'en écoula du pus et le malade expulsa ensuite une poche hydatique.

Guérison.

Observation XV

(Brun Thèse Paris 1834)

Cette observation présente un intérêt tout particulier par le fait de la constatation du frémissement

hydatique et de l'ouverture du kyste dans le canal intestinal et dans la vessie.

Kurth 40 ans entre le 7 avril 1834 à la Charité. Depuis plusieurs années il avait remarqué une tumeur siégeant dans l'hypogastre, tumeur qui ne lui provoquait aucun inconvénient. Six jours avant son entrée à l'hôpital il avait été pris d'un état fébrile et la tumeur était devenue douloureuse. A l'examen la percussion du kyste donna une sensation de frémissement ou de collision de corps élastiques mobiles, comme si on frappait sur un ressort élastique.

Le 8 avril après avoir éprouvé beaucoup de coliques il alla à la selle et rendit avec beaucoup de pus une grande quantité d'hydatides ; la tumeur diminua beaucoup et la fièvre tomba. Pendant plusieurs jours le malade rendit des membranes.

Il rentre de nouveau à l'hôpital un mois après car la tumeur était réapparue et il avait les mêmes symptômes fébriles que la première fois ; au bout de deux ou trois jours il rendit des hydatides par les selles et les accidents cessèrent. Il resta à l'hôpital pour suivre le traitement de la gale dont il était atteint et le 8 juin après une très forte envie d'uriner il rendit une urine trouble, purulente, mêlée de gaz ; le kyste devint aussi plus douloureux ; jamais jusqu'à cette date les urines n'avaient été troubles. Peu à peu les urines s'éclaircirent, il n'y eut plus d'évacuation d'hydatides par les selles et le malade sortit en très bon état de l'hôpital.



Traitement

La thérapeutique de ces tumeurs a subi elle aussi l'influence du temps ; nous mentionnerons seulement à titre de curiosité le traitement par les médicaments internes tels que le mercure et la thérébentine.

On a employé la ponction, mais le plus souvent des vésicules viennent toucher la canule et la ponction même avec aspiration ne peut suffire. Quant à la ponction suivie d'injection de liquides antiseptiques outre les désavantages de la ponction simple, elle offre l'inconvénient de ne pas savoir où l'on va ; somme toute aucun genre de ponction ne doit être accepté, vu en outre les chances de suppuration que cette méthode de traitement comporte.

M. Tillaux (soc. Chir., 1883) proposa l'incision rectale, cette incision n'est pas difficile à faire, car souvent les kystes hydatiques rétro-vésicaux viennent faire saillie dans le rectum, mais la communication de la poche kystique avec le rectum présente les graves inconvénients qu'il est facile de s'imaginer ; aussi nous éloignerons cette intervention.

La seule méthode, la méthode de choix pour ces cas est la laparotomie qui doit être préférée à l'incision

périnéale ; la laparotomie, dans la chirurgie actuelle est devenue une opération pour ainsi dire bénigne, elle présente l'avantage de permettre au chirurgien de se rendre compte de visu des particularités de la tumeur et comme le dit M. Leguen dans sa communication, elle permet aussi de pouvoir exciser une plus ou moins grande partie de la poche, ce qui diminue d'autant la longueur de la cicatrisation. L'énucléation du kyste serait l'opération idéale, mais elle est impossible par suite des adhérences multiples de la tumeur.

En lisant les observations des malades qui ont subi ce traitement, on verra qu'aucun accident n'a entravé le cours de l'opération et que les résultats ont été des plus satisfaisants.

Donc nous préconiserons comme méthode de traitement des kystes hydatiques rétro-vésicaux de l'homme, la laparotomie, avec excision de tout ce qui sera possible de la poche et marsupialisation du restant.



CONCLUSIONS

I. — Les kystes hydatiques rétro-vésicaux de l'homme ne sont pas très rares ; ils viennent par leur fréquence après les kystes hydatiques du foie, du poumon et du cerveau.

II. — Leur localisation initiale est dans le tissu cellulaire sous-péritonéal situé entre la vessie et le rectum.

III. — Leur évolution est lente et progressive ; ils contractent des adhérences intimes avec les organes voisins et provoquent des phénomènes de compression.

IV. — L'introduction de l'embryon hexacanthé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal rétro-vésical se fait le plus souvent directement à travers les parois du rectum.

V. — Le diagnostic est assez difficile mais' peut être fait dans la plupart des cas.

VI. — Le traitement de ces tumeurs est la laparotomie avec excision de tout ce qui sera possible de la poche et marsupialisation du restant.

Vu :

Le Président de la Thèse,
F. GUYON

Vu : le Doyen,
P. BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Baudet. — Journal de médecine de Bordeaux. 16 Février 1890.

Bennett. — Clinical Soc. of London, 1890, 20 mars.

Benoît. — Thèse de Paris, 1897.

Blanchard. — Zoologie médicale, Paris 1886.

Bouilly. — Thèse d'agrégation. Paris, 1880.

Bouley. — Soc. Anat. 1881, p. 258.

Brun. — Thèse Paris. 1834.

Bryant. — Lancel 1865. T. I, p. 389.

Budd. — Diseases of the Liver. 1857.

Budor. — Soc. anat. 1887, p. 24.

Charcot. — Mémoires Soc. Biol. I, Sée. 1882, t. IV.

Davaine. — Traité des Entozoaires. Paris, 1877.

Demons. — Arch. clin. Bordeaux. Novembre, 1893.

Dermigny. — Thèse de Paris. 1894.

Dolbeau. — Gaz. Hôp. 1867, p. 268.

Duplay. — Arch. Gén. de médecine. 1867. t. I, p. 732.

Heckles. — Wiener Medicinische Wochenschrift. 1855, p. 154.

Hern. — Austr. Med. Journ. 1880, p. 59.

Hunter. — Medic. chirurg. Transact. in mémoire de Charcot.

Jones. — Path. Soc. of London. 1854.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Gynécologie. Paris. 1898.

Laugier et Cruveilhier. — Dictionnaire en 30 vol. art. Bassin.

Lavigne Sainte-Suzanne. — Thèse de Bordeaux. 1893, n° 42.

Legrand. — Thèse Paris. 4890.

Lelouis. — Acad. de chirurg. 1787.

Lesauvage. — Bull. Ac. med. 4812.

Lunn. — London Pathol. Soc. 18 novembre 1890.

Morand. — Mémoires de l'Académie royale des sciences. Paris, 1722, p. 158.

Morin. — Thèse de Berne, 1876.

Neyret. — Thèse Paris, 4863.

Pauls. — Preussische medicinale Zeitung W N. F. Berlin. 4861.

Perrin. — Soc. anat. 1853.

Pize. — Soc. anat. 1853.

Porak. — Gaz. hebdom. 1884.

Richter. — Journal de chirurgie. Chrestien Loder. 1797.

Sibille. — Acad. chirurg. 1775,

Surgeon. — Austr. Med. Journ. 1880.

Tillaux. — Soc. chirurg. 1883.

— Soc. chirurg. 4887.

Tuffier. — Congr. chir. 1891.

Villar. — Congrès chirurg. 1893.

Villard. — Ann. Gynéc. 1878.

Walther. — Bull. Soc. Anat. 1880, p. 749.

— — — — — Traité de chir. arch. Bassin, t. VII.

